

29

BESONDERHEITEN DER MEDIZINISCH-BERUFLICHEN REHABILITATION VON PATIENTEN IN DER ADOLESCENZ

M. Spranger¹

29.1 EINLEITUNG

Die Adoleszenz ist definiert als die psychosoziale und kognitive Entwicklung ab Beginn der Pubertät bis einige Jahre nach deren Ende. Die WHO definiert Jugend als die Altersgruppe der 14- bis 25-Jährigen. Diese Definition hat ihre Grundlage in der biologischen Reifung des Gehirns, die ihren Abschluss erst in der Mitte der 3. Lebensdekade findet. Bis dahin sind insbesondere die Verknüpfungen zwischen einzelnen Nervenzellen noch Veränderungsprozessen unterworfen, die die Kommunikation zwischen einzelnen funktionellen Einheiten des Gehirns verbessern und beschleunigen. Diese Entwicklung ist insbesondere in frontalen Hirnabschnitten ausgeprägt, in denen komplexe Aufgaben wie Handlungsplanung, Verhaltenssteuerung oder ethische Grundlagen verankert sind.

Auch auf der Verhaltensebene haben Jugendliche je nach Alter wesentliche Entwicklungsschritte, auf denen nachfolgende erst aufbauen können, noch gar nicht vollzogen. Zu ihren Entwicklungsaufgaben gehören unter anderem die Entwicklung von Selbstständigkeit, der Aufbau von Beziehungen, die Veränderung der Körperwahrnehmung, die Auseinandersetzung mit Sexualität, eine weitergehende kognitive Entwicklung und die Berufsplanung.

29.2 HIRNSCHÄDIGUNG IN DER ADOLESCENZ

Aufgrund der biologischen und psychosozialen Entwicklungen birgt diese Phase eine Reihe von Risiken: In Entwicklung befindliche Hirnareale und Funktionen sind gegenüber Schädigungen besonders vulnerabel. Komplizierend kommt hinzu, dass Hirnverletzungen nicht nur zu direkten Funktionseinschränkungen führen, sondern auch die Zonen der nächsten Entwicklung gefährden. Daher kann es sogar sein, dass bei guter Restitution nach einer Verletzung oder Erkrankung des Gehirns das Defizit gegenüber sich schneller entwickelnden Gleichaltrigen im Verlauf noch wächst (Abb. 1).

¹ Neurologisches Rehabilitationszentrum für Kinder und Jugendliche Friedehorst, Bremen

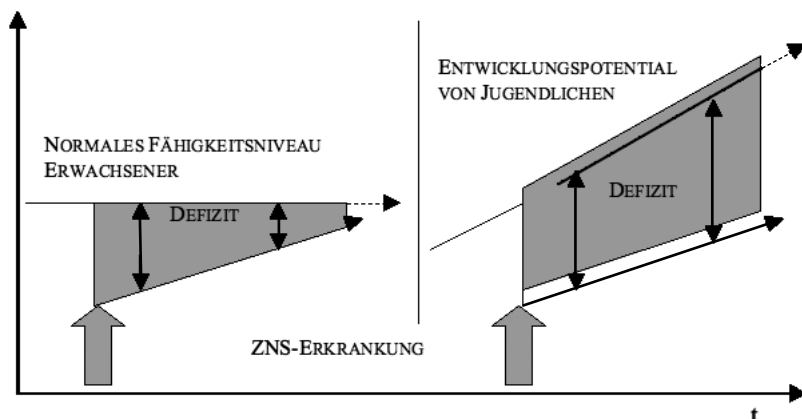


Abb. 1: Schematische Darstellung der Restitution nach Hirnverletzung bei Erwachsenen und Jugendlichen

29.3 NEUROLOGISCHE REHABILITATION IN DER ADOLESCENZ

Diese Besonderheit führt zu besonderen Herausforderungen in der neurologischen Rehabilitation. Ein optimales Rehabilitationsergebnis ist im Gegensatz zum Erwachsenen nicht nur die Wiedergewinnung eines bereits prämorbid vorhandenen Fähigkeitsniveaus, sondern des individuellen Entwicklungspotentials. Es geht immer darum, dass die für einen jungen Menschen, der noch nicht auf abgesichertes und attestiertes Altwissen zurückgreifen kann, entscheidende Fähigkeit zum Neu-Lernen im schulischen, beruflichen und sozialen Bereich wieder gewonnen wird.

Neben diesen neurobiologisch begründeten Besonderheiten der Adoleszenz ist die Persönlichkeitsentwicklung durch eine gestörte Integration in die Peer-Group bedroht. Eine erhöhte Abhängigkeit von den Eltern, soziale Unreife, schwaches Selbstbewusstsein und Angst vor Scheitern führen zu Frustration, Depression und einer Entwicklungsstörung. Dies hat wiederum eine gestörte Integration in die Peer-Group zur Folge, was als Teufelskreis wieder zu einer erhöhten Abhängigkeit von den Eltern führt. Im Fall einer Erkrankung oder Behinderung ist die Integration in die Peer-Group ebenso gestört wie die Abhängigkeit von den Eltern erhöht, so dass der *circulus vitiosus* beschleunigt wird.

29.4 FALLBEISPIEL

Ein 15-jähriges Mädchen erlitt im Rahmen eines Verkehrsunfalls ein Polytrauma mit einem initialen CGS von 5. Aufnahme in die erstbehandelnde Rehabilitationsklinik im vegetativen Status. Sechs Monaten später ist sie orientiert, kann essen und mit Unterstützung laufen. Sie wird in eine spezifisch jugendorientierte Rehabilitationsklinik verlegt.

Bei Aufnahme ist sie in allen ADL-Tätigkeiten vollkommen auf Hilfe angewiesen und spricht nicht. Es wird deutlich, dass ihre »Performance« deutlich schlechter ist als ihre »Capacity«. Erst unter den vermehrten Anforderungen durch die Interaktion mit gleichaltrigen Jugendlichen erlangt sie im Verlauf die ihr mögliche Selbständigkeit wieder, die sie als »learned non-use« verloren hatte.

Das Fallbeispiel macht deutlich, dass die Rehabilitation unter altersadäquaten Mitrehabilitanden ganz wesentlich zum Genesungsprozess und zur sozialen Reintegration notwendig ist.

Rehabilitation in der Adoleszenz bedingt und benötigt daher zwingend die altersadäquaten Mitrehabilitanden, die die Integration in die Peer-Group und die Selbständigkeitsentwicklung forcieren. Aus den o. g. Gründen ist für Adoleszente ein besonderer rehabilitativer Ansatz notwendig. Gegliedert entsprechend des Schemas der Internationalen Klassifikation von Funktionsstörungen (ICF) sind die übergeordneten Rehabilitationsziele im Bereich der

- Funktionen die Wiederherstellung psychomotorischer, kognitiver und mentaler Entwicklungsprozesse,
- Aktivitäten die Selbständigkeitsentwicklung,
- Partizipation die Fähigkeit zur Berufsausbildung und Entwicklung altersentsprechender sozialer Bindungen und Beziehungen,
- Kontextfaktoren eine aktive Auseinandersetzung mit den sich verändernden personalen und sozialen Kontextfaktoren.

Zusätzlich bestehen besondere Anforderungen an die Zusammensetzung und Ausbildung des Personals: So sind z. B. Heilpädagogen im Pflorgeteam ebenso notwendig wie Sozial-, Sonder- und Neuropädagogen. Diese müssen in altersspezifische Behandlungskonzepte eingebunden sein, die neben jugendspezifischen Therapien und dem [hier fehlt etwas] Schule und Ausbildung als wesentliche Kernelemente besitzen. Die Integration von medizinischen mit pädagogischen, schulischen und ausbildungs- bzw. berufsbezogenen therapeutischen Leistungen in ein holistisches Behandlungskonzept ist also eine für die neurologische Rehabilitation von Adoleszenzen notwendige Voraussetzung.

Diese Integration ist immanenter Bestandteil und wesentliches Merkmal von Phase II-Einrichtungen. Aus den genannten Gründen und prinzipiellen Erwägungen sollte die neurologische Rehabilitation Adolozenter ausschließlich in Phase II-Einrichtungen stattfinden.

